

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 26 juillet 2024

---

Composition : Mme PASCHE, présidente  
M. Wiedler, juge, et M. Gutmann, assesseur  
Greffier : M. Varidel

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**S.**\_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Didier Elsig, avocat à Lausanne,

et

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD**, à Vevey, intimé.

---

**Art. 6, 7, 8, 17 et 61 let. c LPGA ; 4 et 28 al. 1 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** S.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], ressortissant [...], sans formation certifiée, œuvrait en qualité d'aide ferblantier-couvreur.

Le 18 juillet 2017, l'assuré a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI). Il y a indiqué avoir présenté à compter du 5 avril 2017 une incapacité de travail totale, en faisant état d'un syndrome fémoro-acétabulaire, avec la précision que la malformation des hanches avait été aggravée par la pratique d'une activité professionnelle et sportive.

Par décision du 29 janvier 2018, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a rejeté la demande de prestations, aux motifs qu'une reprise d'activité avait été possible à un taux de 100 % le 1<sup>er</sup> décembre 2017 et que la durée de l'incapacité de travail avait été inférieure à une année.

**B.** Le 2 octobre 2020, l'assuré a déposé une seconde demande de prestations, en faisant état d'une incapacité de travail totale depuis le 25 mai 2020. Il a joint à son envoi un rapport du 25 août 2020 du Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui y posait les diagnostics de « status après arthroscopie de révision de la hanche gauche pour débridement labro-cartilagineux, recontourage cervico-céphalique et acétabuloplastie le 25.05.2020 (1<sup>ère</sup> arthroscopie le 09.05.2020) » et « intervention identique à la hanche droite le 05.04.2017 avec évolution vers une coxarthrose ». Ce médecin a noté que l'état de son patient s'était aggravé, avec des douleurs handicapantes aux deux hanches. Il précisait que l'activité habituelle de couvreur ne pourrait pas être reprise. Quant au pronostic, il était réservé, avec des coxarthroses qui allaient se péjorer et nécessiter à court ou moyen terme la mise en place de prothèses. Pour le Dr B.\_\_\_\_\_, il fallait réorienter l'assuré vers un travail sédentaire ou à

raison de 50 % assis et 50 % debout, avec utilisation limitée des escaliers et échelles, et proscrivant les positions accroupies ou à genoux.

Dans un rapport du 17 novembre 2020, le Dr B. \_\_\_\_\_ a posé un diagnostic additionnel de coxarthrose bilatérale prédominante à droite. Il a indiqué que son patient avait signalé une bonne amélioration du côté gauche depuis la dernière arthroscopie, mais que les douleurs avaient nettement augmenté du côté droit. L'assuré avait repris un travail en tant que vendeur de matériel de sports d'hiver à 100 % au début du mois de novembre 2020 mais ressentait des douleurs inguinales aiguës dues à la fréquence des positions accroupi et à genoux. Le médecin a fait état d'une incapacité de travail à 50 % pour une durée de trois mois en précisant que celle-ci devrait certainement être renouvelée tant que l'assuré ne disposait pas d'une activité professionnelle plus sédentaire.

Par rapport du 22 mars 2021, le Dr B. \_\_\_\_\_ a estimé que son patient ne pouvait pas travailler à plus de 50 %, quelle que soit l'activité, puisqu'il avait des douleurs tant en position assise que debout, ce constat étant valable depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2021.

Le 14 avril 2021, le Dr B. \_\_\_\_\_ a fait état d'une nouvelle péjoration de la situation de l'assuré, en relevant qu'il fallait sérieusement envisager la mise en place de PTH (prothèse totale de hanche) et que jusqu'à cette intervention, son patient n'était pas en état de travailler. L'assuré était en incapacité de travail totale à compter de ce même jour.

Le 22 octobre 2021, le Dr B. \_\_\_\_\_ a fait savoir à l'OAI que l'assuré était désormais en incapacité de travail à 100 % pour toutes activités, relevant qu'une reconversion professionnelle ne serait pas adaptée tant qu'il n'aurait pas été opéré de ses deux hanches. Par la suite, il pourrait reprendre un travail à 100 %, mais dans une activité sédentaire ou à raison de 50 % debout et 50 % assis.

En réponse à une sollicitation de l'OAI du 14 février 2022, le Dr B. \_\_\_\_\_ a indiqué, le 2 mars 2022, qu'une reprise du travail à 100 %

serait possible après la mise en place de PTH aux deux hanches, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

En dates des 25 mars et 10 juin 2022, le Dr B. \_\_\_\_\_ a opéré l'assuré, procédant à la mise en place d'une PTH à droite, puis à gauche, respectivement.

Par rapport du 22 juillet 2022 à l'OAI, le Dr B. \_\_\_\_\_ a indiqué que les restrictions demeuraient les mêmes qu'auparavant et qu'une reprise de travail serait envisageable quatre mois après la dernière intervention, soit à compter de mi-octobre 2022. Il estimait en outre que l'état de l'assuré serait stabilisé au plus tôt dans un délai de trois mois.

Dans un avis médical du 29 août 2022, la Dre M. \_\_\_\_\_, médecin-conseil auprès du SMR (service médical régional de l'assurance-invalidité), a considéré qu'au vu de la gravité de la coxarthrose bilatérale, des douleurs et limitations fonctionnelles décrites, ainsi que de la mise en place de PTH bilatérales chez un assuré âgé de 37 ans, l'incapacité de travail totale dans toute activité dès le 14 avril 2021 telle que retenue par le Dr B. \_\_\_\_\_ était plausible. Elle a relevé que l'état de santé de l'intéressé était en voie d'amélioration mais que la situation n'était pas encore stabilisée puisque l'assuré était encore en arrêt de travail et en rééducation. Elle a préconisé une réévaluation au mois d'octobre 2022, afin de vérifier l'évolution de l'état de santé de l'assuré et déterminer si une récupération de sa capacité de travail pouvait être confirmée.

Par projet de décision du 1<sup>er</sup> septembre 2022, l'OAI a fait savoir à l'assuré qu'il aurait droit à une rente entière à partir du 1<sup>er</sup> mai 2021, correspondant à un degré d'invalidité de 100 %. L'OAI a constaté que l'intéressé avait présenté une incapacité de travail sans interruption notable depuis le 25 mai 2020 et considéré, à l'échéance du délai d'attente d'une année et après analyse des pièces médicales, que l'incapacité de travail était totale dans toute activité.

Dans un rapport du 30 septembre 2022, le Dr B. \_\_\_\_\_ a fait état d'une lente progression de l'état de santé de son patient à la suite de la mise en place des PTH. L'assuré présentait encore quelques douleurs inguinales et sus-trochantériennes à l'effort, mais pouvait marcher à plat et tenir quelques heures en position assise. Il pouvait reprendre des activités sportives douces comme le vélo, la marche et la natation et poursuivait le traitement de physiothérapie.

Par décision du 2 novembre 2022, l'OAI a confirmé son projet de décision et reconnu à l'assuré le droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> mai 2021.

**C.** L'OAI a initié une procédure de révision du droit à la rente de l'assuré le 10 février 2023. En annexe au formulaire de révision, l'intéressé a indiqué le 28 février 2023 que depuis le début de l'année en cours, il ressentait une meilleure mobilité au niveau des hanches depuis la mise en place des prothèses, mais avait une sensation de pression dans les deux hanches, surtout auprès une heure en position assise, ainsi qu'après une heure de marche, et que la douleur « descend[ait] dans les adducteurs depuis janvier 2023 ».

Une IRM (imagerie par résonance magnétique) du rachis dorsal et lombaire de l'assuré a été réalisée le 1<sup>er</sup> mars 2023. Selon le rapport y relatif établi le jour suivant par le Dr C. \_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, l'assuré présentait une lombodiscarthrose L4-L5 et L5-S1 péjorée d'une protrusion discale canalaire pré-foraminale L4-L5 gauche et en postéro-latéral L5-S1 droite, sans véritable hernie discale ni de conflit disco-radiculaire.

Dans un rapport du 4 avril 2023 adressé à l'OAI, le Dr B. \_\_\_\_\_ a indiqué ce qui suit :

« Chère Madame,

Ci-dessous les réponses au questionnaire relatif à l'état de santé du patient susnommé.

1 Non.

3 Journée complète dans une activité adaptée.

4 Une activité adaptée à savoir sédentaire ou à raison de 50 % debout et 50 % assis en évitant les positions accroupies ou à genoux ainsi que les échelles ou les échafaudages et charge max 20 kg.

5 Oui il a eu travaillé comme vendeur dans un magasin de sport et cela semble à présent adapté.

6 Pas de réponse.

7 Non.

8 Le patient a bénéficié de la mise en place d'une PTH droite le 25.03.2022 et gauche le 10.06.2022 avec une bonne évolution.

8A Incapacité totale de travail comme mentionné dans tous mes anciens rapports à votre attention.

9 Douleurs résiduelles des deux hanches lui permettant toutefois de marcher plus de 2 heures.

10 Des lombalgies se seraient péjorées ces derniers temps.

11 Status post PTH bilatérale.  
Discopathie et arthrose facettaire L4-L5 et L5-S1 modérées (n'influençant pas la capacité de travail).

12 A : Nulle dans l'activité habituelle. B : 100 % dans une activité adaptée dès maintenant.

13 Les restrictions sont toujours les mêmes à savoir un travail sédentaire ou à raison de 50% debout et 50% assis en évitant les échelles, les échafaudages, les positions accroupies ou à genoux et charge maximale 20 kg.

14 Il n'y a plus de traitement à ma connaissance.

15 Aucune à ma connaissance.

16 Non.

17 Objectivement bon mais subjectivement réservé par le patient.

18 Pas d'autre remarque.  
[...] »

Dans un document intitulé « REA – Rapport final » du 17 avril 2023, l'OAI a indiqué que l'assuré avait bénéficié d'une mesure d'intervention précoce externalisée auprès de Connexion Ressources du 14 décembre 2020 au 20 avril 2021 et qu'aucune autre mesure n'était

nécessaire. Au surplus, une aide au placement était proposée sous la forme d'une séance d'information.

Par projet de décision du 13 juin 2023, l'OAI a informé l'assuré qu'il entendait supprimer la rente entière qui lui était servie depuis le 1<sup>er</sup> mai 2021, à compter de la fin du mois suivant celui du jour de la notification de la décision à intervenir. L'OAI a exposé qu'il était ressorti de la révision initiée en février 2023 que l'assuré présentait une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de travail sédentaire ou à raison de 50 % debout et 50 % assis en évitant les échelles, les échafaudages, les positions accroupies ou à genoux et de port de charge maximale de 20 kg. En conséquence, le nouveau degré d'invalidité - nul - conduisait à la suppression du droit à la rente.

Par rapport du 27 juin 2023, le Dr B.\_\_\_\_\_ a indiqué qu'à la suite de la mise en place des PTH des deux côtés, l'assuré gardait des douleurs et qu'il était indispensable qu'il puisse obtenir un travail sédentaire lui permettant d'alterner les positions assise et debout. Il a ajouté que son patient souffrait de lombalgies chroniques sur troubles dégénératifs débutants. Le Dr B.\_\_\_\_\_ a en outre joint son rapport de consultation du 8 juin 2023 dont il ressort que les radiographies du bassin réalisées le même jour montraient des PTH bien positionnées et bien scellées sans signe de complication secondaire. Les radiographies de la colonne lombaire montraient quant à elles une légère perte de lordose avec des troubles dégénératifs postérieurs aux derniers étages. L'IRM lombaire réalisée le 1<sup>er</sup> mars 2023 confirmait ce constat sans montrer de compression nerveuse. Selon le Dr B.\_\_\_\_\_, l'évolution était globalement satisfaisante mais l'assuré avait encore des douleurs de type inflammatoire qui pouvaient s'expliquer par la durée des symptômes qui avait précédé les opérations ainsi que par les activités que l'intéressé souhaitait faire au vu de son âge. Le spécialiste a ajouté que la situation devait encore se calmer progressivement et qu'il était ainsi justifié de poursuivre le traitement de physiothérapie et de trouver un travail permettant d'alterner régulièrement les positions.

Par courriel du 29 juin 2023, l'assuré a fait part de ses observations sur le projet de décision de l'OAI. Il a exposé avoir encore de « sérieuses limitations physiques, à savoir douleur et inflammation permanentes dans la région de la hanche et du dos ». Il a ajouté qu'au vu de ses douleurs permanentes et des douleurs chroniques au bas du dos, il ne se sentait pas dans les conditions physiques et mentales pour exercer une activité professionnelle.

Le 26 juillet 2023, le Dr B. \_\_\_\_\_ a établi un nouveau rapport, que l'assuré a communiqué à l'OAI le jour même, dont la teneur est la suivante :

« Malgré à la mise en place de prothèses totales de hanche (le 25.03.2022 à droite et le 10.06.2022 à gauche), le patient susnommé garde des douleurs dans les positions debout et assises prolongées.

De plus, il souffre de lombalgies chroniques sur troubles dégénératifs débutants.

L'évolution est très lente mais s'améliore progressivement avec la physiothérapie, l'exercice et également grâce à une perte progressive de poids qu'il s'évertue à poursuivre avec des mesures diététiques.

Dans ces conditions, il pourrait reprendre une activité professionnelle adaptée mais seulement à 40% dès maintenant puis augmenter progressivement jusqu'à la fin de l'année.  
[...] »

Dans un compte-rendu de la permanence SMR du 11 août 2023, la Dre M. \_\_\_\_\_ a indiqué ce qui suit :

« [...]

**Questions posées :**

Est-ce que les éléments reçus dans le cadre de l'audition sont-ils susceptibles de faire changer notre position ?

CTAA de 100 % exigible ?

**Conclusions de la permanence :**

Se référer au RM du 13 [recte : 4] avril 2023, aucun élément de gravité supplémentaire.

[...] »

Le 14 août 2023, l'OAI a confirmé son projet de décision. Dans sa prise de position du même jour, il a expliqué que la contestation de l'assuré n'avait pas apporté d'élément susceptible de mettre en doute le bien-fondé de sa position. L'OAI a considéré, sur la base de l'avis du SMR du 11 août 2023, que la situation était comparable à celle retenue dans son projet de décision.

**D.** Par acte du 13 septembre 2023, S.\_\_\_\_\_, désormais représenté par Me Didier Elsig, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant, sous suite de frais et dépens, principalement à son annulation, au maintien de sa rente au-delà du 30 septembre 2023, ainsi qu'au bénéfice de mesures utiles de reclassement professionnel et d'aide au placement. A titre subsidiaire, il a conclu au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et requis la mise en place d'une expertise médicale neutre et indépendante. En substance, il a reproché à l'OAI d'avoir fondé sa décision sur un compte-rendu de la permanence SMR lacunaire qui repose lui-même sur une appréciation incomplète et erronée d'un rapport du Dr B.\_\_\_\_\_ remontant au 4 avril 2023. Il a déploré en outre que malgré les difficultés et douleurs persistantes que lui et le Dr B.\_\_\_\_\_ avaient exposées, en particulier dans son rapport du 26 juillet 2023, l'OAI n'ait entrepris aucune mesure d'instruction complémentaire, soit notamment la mise en œuvre d'une expertise médicale. Il s'est prévalu dans ce cadre de la jurisprudence selon laquelle en cas de doutes mêmes minimes quant à la fiabilité et la pertinence de l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et en présence de l'avis d'un médecin traitant auquel on peut également attribuer un caractère probant, il y avait lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant.

Dans sa réponse du 30 octobre 2023, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a justifié cette position en soutenant que les pièces versées au dossier - en particulier le rapport du 13 [recte: 4] avril 2023 du Dr B.\_\_\_\_\_ - permettaient de retenir une capacité de travail de 100 %, à compter d'avril 2023, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles du recourant, à savoir un travail sédentaire ou à raison de

50 % debout et 50 % assis, évitant les échelles, les échafaudages, les positions accroupies ou à genoux et prévoyant le port de charge maximale de 20 kg.

Par réplique du 19 février 2024, le recourant a maintenu ses conclusions. Il a produit un onglet de pièces sous bordereau, comprenant des certificats d'arrêt de travail, ainsi que plusieurs rapports médicaux. Selon un rapport du 21 novembre 2023 de la Dre H.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, l'assuré présentait un syndrome douloureux chronique post PTH bilatérale dans le contexte de dysplasie de la hanche et possible neuropathie fémoro-cutanée latérale de la cuisse gauche. Selon cette spécialiste, ce syndrome douloureux se manifestait en particulier lors de la flexion de la hanche gauche. L'assuré présentait en outre des paresthésies au membre inférieur gauche, ainsi que des signes de surcharge fonctionnelle. Selon le rapport d'IRM du bassin du 30 novembre 2023 de la Dre Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, l'imagerie n'indiquait pas de descellement ou de fracture péri-prothétique, mais avait montré une lame de liquide au pourtour du tendon ilio-psoas gauche qui faisait suspecter un conflit cupule-psoas gauche, ainsi qu'une hernie inguinale indirecte gauche à contenu graisseux. Selon le rapport du 10 janvier 2024 du Dr X.\_\_\_\_\_, également produit en réplique, ce médecin faisait état de douleurs inguinales dans un status post PTH associées à un déconditionnement musculaire focal et global se traduisant par des dysbalances musculaires tant de la chaîne antérieure que postérieure ainsi que des pelvirotateurs. Selon ce médecin, les approches faites précédemment n'avaient pas apporté l'aide escomptée en raison de ce problème musculaire qui n'avait pas été abordé sous l'angle rééducatif actif. Avec le déconditionnement physique que présentait l'assuré, associant des raccourcissements des chaînes musculaires à une faiblesse des fixateurs des hanches, une prise en charge globale restait nécessaire. Le Dr X.\_\_\_\_\_ estimait qu'une durée de neuf à douze mois d'exercices de rééducation, axés sur l'assouplissement et la proprioception, en associant du renforcement progressif, était nécessaire avant qu'un résultat durable soit acquis. Enfin, dans un rapport du 31 janvier 2024, le Dr B.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de status post PTH à gauche avec

tendinopathie du psoas, status post PTH à droite, status après arthroscopie des deux hanches (une fois à droite et deux fois à gauche), lombalgies chroniques sur trouble dégénératif débutant en L4-L5 et L5-S1 et troubles statiques avec déconditionnement physique et dysbalance musculaire sévère. Il a confirmé les constats posés par le Dr X.\_\_\_\_\_, à savoir que l'assuré semblait essentiellement handicapé par un déconditionnement physique avec dysbalance musculaire après ses multiples interventions aux hanches. Le chirurgien a également confirmé des signes de tendinopathie du psoas gauche et indiqué qu'un scanner devrait être réalisé afin d'investiguer un éventuel conflit de ce tendon avec la cupule. Ses recommandations pour la reprise d'un travail par l'assuré demeuraient les mêmes, à savoir un travail sédentaire à raison de 50 % debout et 50 % assis en évitant les échelles, les échafaudages, les postions accroupies ou à genoux avec port de charge maximale de 20 kg.

Dans sa duplique du 14 mars 2014, l'intimé a confirmé ses conclusions tendant au rejet du recours, en renvoyant à un avis médical du 12 mars 2024 du SMR établi par la Dre M.\_\_\_\_\_ joint à cette écriture, selon lequel la position de la permanence SMR du 11 août 2023 ne pouvait être remise en question par les documents médicaux produits. Pour l'intimé, la capacité de travail résiduelle de 100 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assuré telles que décrites par le Dr B.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 4 avril 2023 pouvait être confirmée.

Par déterminations du 15 avril 2024, le recourant a maintenu sa position et produit plusieurs nouvelles pièces attestant de soins reçus au [...], soit un rapport du 8 avril 2024 de la psychologue V.\_\_\_\_\_, qui l'avait suivi depuis le 7 juillet 2023, selon lequel l'assuré présentait un état dépressif grave et bénéficiait d'un suivi spécialisé à distance, une attestation de la physiothérapeute W.\_\_\_\_\_ confirmant que le recourant avait suivi des séances de physiothérapie avec des exercices de mobilité et flexibilité entre le 3 juillet et le 28 août 2023, ainsi qu'une attestation du nutritionniste R.\_\_\_\_\_ confirmant que le recourant avait bénéficié de ses consultations entre juillet et octobre 2023.

Le 13 mai 2024, l'intimé a derechef confirmé sa position.

Dans une écriture du 24 mai 2024, le recourant a renvoyé à ses précédentes écritures et réitéré pour le surplus que l'instruction du dossier par l'intimé était déficiente.

**E n d r o i t :**

**1. a)** La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**2. a)** Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA - notamment - ont été modifiés avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale pour les demandes de révision concernant les assurés âgés de moins de 55 ans au 1<sup>er</sup> janvier 2022, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). La date de l'éventuelle modification déterminante est arrêtée en fonction de l'art. 88a RAI. Si cette date est antérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2022, l'ancien droit reste applicable. Si cette date est postérieure

au 31 décembre 2021, le nouveau droit s'applique (TF 8C\_644/2022 du 8 février 2023 consid. 2.2.3).

**b)** En l'occurrence, l'intimé a initié une révision du droit aux prestations de l'assuré le 10 février 2023. Cette date est postérieure au 31 décembre 2021, si bien que le nouveau droit s'applique en l'espèce.

**3.** Le litige porte sur le point de savoir si l'OAI était fondé à supprimer le droit à une rente entière du recourant avec effet au 1<sup>er</sup> octobre 2023, au motif qu'il ressort de la révision initiée le 10 février 2023 qu'il présente une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

**4. a)** Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA (dans sa teneur en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2022), la rente d'invalidité est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée, réduite ou supprimée, lorsque le taux d'invalidité de l'assuré subit une modification d'au moins 5 points de pourcentage (let. a) ou atteint 100 % (let. b). De même, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement (art. 17 al. 2 LPGA).

Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision ; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 545 consid. 6.1). En revanche, une appréciation différente d'une situation demeurée pour l'essentiel inchangée ne constitue pas un motif de révision (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 141 V 9 consid. 2.3).

**b)** Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, en particulier, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a

duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI). Si, en revanche, la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable (art. 88a al. 2 RAI).

**5. a)** L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

**b)** L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Conformément à l'art. 28b LAI, la quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière (al. 1), un taux d'invalidité compris entre 50 et 69 % donnant droit à une quotité de rente correspondant au taux d'invalidité (al. 2), un taux d'invalidité supérieur ou égal à 70 % donnant droit à une rente entière (al. 3), tandis qu'un taux d'invalidité compris entre 40 et 49 % donne droit à une rente de 25 % à 47.5 % (al. 4 ; chaque

point d'invalidité supplémentaire augmentant la quotité de la rente de 2.5 %). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

**c)** Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**d)** Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément

déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

**e)** Le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C\_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C\_615/2021 du 31 mars 2022 consid. 3.2).

Les avis médicaux du SMR (au sens de l'art. 54a LAI, en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI), établis sans examen de l'assuré ni observation clinique, ont seulement pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux recueillis, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; TF 9C\_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1 et les références citées).

Lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la

fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGÀ ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6 et 4.7 ; voir aussi l'arrêt 8C\_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

**6. a)** En l'occurrence, l'intimé, se fondant notamment sur le compte-rendu de la permanence SMR du 11 août 2023, a supprimé la rente entière servie à l'assuré depuis le 1<sup>er</sup> mai 2021 au motif qu'il présente, selon la révision initiée en février 2023, une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (travail sédentaire ou à raison de 50 % debout et 50 % assis en évitant les échelles, les échafaudages, les positions accroupies ou à genoux et de port de charge maximale de 20 kg).

**b)** Le recourant conteste cette appréciation.

Il fait pour l'essentiel valoir que l'OAI ne pouvait se fonder sur le compte-rendu de la permanence SMR du 11 août 2023 pour rendre la décision de suppression de rente attaquée, puisque ce document repose sur l'appréciation incomplète et erronée d'un rapport du Dr B. \_\_\_\_\_ remontant au 4 avril 2023. Il déplore en outre que malgré les difficultés et douleurs persistantes que lui et le Dr B. \_\_\_\_\_ ont exposées, en particulier dans son rapport du 26 juillet 2023, l'OAI n'ait pas entrepris de mesures d'instruction complémentaires, soit notamment en mettant en œuvre une expertise médicale. Il se prévaut dans ce cadre de la jurisprudence selon laquelle en cas de doutes mêmes minimes subsistant quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR, une expertise doit être ordonnée.

**c)** Cette argumentation peut être suivie.

Le Dr B. \_\_\_\_\_ a émis, dès avant les opérations de PTH, le pronostic selon lequel le recourant pourrait reprendre une activité adaptée

à ses limitations fonctionnelles à 100 % une fois lesdites opérations effectuées (cf. rapports des 14 avril 2021, 22 octobre 2021 et 14 février 2022). Par la suite, il a fait état d'une lente progression de son patient à la suite de la mise en place des PTH, puisque l'assuré présentait alors encore des douleurs inguinales et sus-trochantériennes à l'effort, mais pouvait marcher à plat et tenir quelques heures en position assise (cf. rapports des 22 juillet et 30 septembre 2022).

Certes, les radiographies du bassin de juin 2023 ont montré que les PTH sont bien positionnées et scellées, sans signe de complication secondaire; quant aux radiographies de la colonne lombaire, elles ont mis en évidence une légère perte de lordose avec des troubles dégénératifs postérieurs aux derniers étages. L'IRM du 1<sup>er</sup> mars 2023 a confirmé ce constat, sans montrer de compression nerveuse (cf. rapport du 8 juin 2023 Dr B. \_\_\_\_\_).

Toutefois, il y a lieu de constater que le pronostic émis par le Dr B. \_\_\_\_\_ ne s'est, du propre avis de ce médecin (cf. rapport du 26 juillet 2023), pas concrétisé, puisqu'il a finalement estimé qu'une activité adaptée ne pouvait être reprise qu'à 40 % dès la fin du mois de juillet 2023, avec une augmentation progressive jusqu'à la fin de l'année. Il est ainsi revenu sur ses précédents rapports, en particulier celui du 4 avril 2023, ainsi que sur son rapport de consultation du 8 juin 2023 dans lequel il était encore d'avis que la capacité de travail restait entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, malgré la présence de lombalgies chroniques sur trouble dégénératif débutant en L4-L5 et L5-S1, et d'une hypoesthésie à la face latérale de la cuisse gauche.

Le Dr B. \_\_\_\_\_ a en effet motivé sa nouvelle appréciation de la capacité de travail de l'assuré, en date du 26 juillet 2023, par le fait que son patient gardait des douleurs dans les positions assises et debout prolongées, faisant état d'une évolution lente, qui s'améliorait progressivement avec la physiothérapie, l'exercice et grâce à une perte progressive de poids que le patient s'évertuait de poursuivre. C'est dans ces conditions qu'il a estimé qu'une activité professionnelle ne pourrait

être immédiatement reprise qu'au taux de 40 % dans une activité adaptée, avec augmentation progressive jusqu'à la fin de l'année 2023. Le Dr B.\_\_\_\_\_ mettait aussi en avant le fait que son patient souffrait de lombalgies chroniques sur troubles dégénératifs débutants.

On peine à comprendre pourquoi la permanence SMR, dans son compte-rendu du 11 août 2023, puis l'OAI dans sa décision du 14 août 2023, n'ont pas tenu compte de cette nouvelle appréciation du Dr B.\_\_\_\_\_ du 26 juillet 2023 – que l'assuré a pourtant aussitôt transmise à l'intimé – et ne se sont fondés que sur le rapport du 4 avril 2023 du même médecin pour retenir que la capacité de travail de l'assuré était entière, dès cette date, dans une activité adaptée.

**d)** Les autres rapports produits en cours de procédure judiciaire font pour le surplus état d'un déconditionnement physique avec dysbalance musculaire (cf. rapport du 10 janvier 2024 du Dr X.\_\_\_\_\_ et rapport du 31 janvier 2024 du Dr B.\_\_\_\_\_), respectivement d'un syndrome douloureux (cf. rapport du 21 novembre 2023 de la Dre H.\_\_\_\_\_). Quant au rapport d'IRM du 30 novembre 2023 de la Dre Z.\_\_\_\_\_, il a mis en évidence une lame de liquide au pourtour du tendon ilio-psoas gauche faisant suspecter un conflit cupule-psoas gauche, ainsi qu'une hernie inguinale indirecte gauche à contenu graisseux. Le recourant a en outre produit un rapport du 8 avril 2024 de la psychologue V.\_\_\_\_\_, au [...], qu'il a consultée dès le 7 juillet 2023, selon lequel il présentait un état dépressif grave pour lequel il avait bénéficié par la suite d'un suivi spécialisé à distance. Certes, ces rapports sont postérieurs à la décision attaquée. Il reste qu'il n'est, au vu de la nature des atteintes mises en évidence, pas exclu que celles-ci aient déjà été présentes lorsque la décision du 14 août 2023 a été rendue.

**e)** Il résulte de ce qui précède qu'il existe un doute suffisant quant à la fiabilité et à la cohérence des constatations effectuées par le SMR, en particulier dans son compte-rendu de permanence du 11 août 2023, qui aurait dû conduire l'intimé à procéder à une instruction complémentaire avant de supprimer la rente du recourant.

**7. a)** Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C\_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 93 consid. 6.4).

**b)** Lorsque le juge des assurances examine l'opportunité de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle procède à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de savoir si une instruction complémentaire (sur le plan médical) est nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique (TF U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2, in : SVR 2007 UV n° 33 p. 111 ; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2ème éd., n° 12 et 17 ad art. 43 LPGA).

**c)** Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

**d)** En l'occurrence, et au vu des considérations ci-dessus (cf. consid. 6 supra), l'instruction menée par l'intimé est lacunaire et ne

permet pas de se prononcer en connaissance de cause. Il se justifie dès lors de renvoyer la cause à l'intimé, à qui il appartiendra de compléter l'instruction par la mise en œuvre d'une expertise médicale afin de déterminer les atteintes du recourant et leurs répercussions sur sa capacité de travail.

En fonction du résultat de l'instruction sur le plan médical, l'OAI examinera la mise en œuvre éventuelle de mesures de réadaptation.

**8. a)** En définitive, le recours doit être admis et la décision litigieuse annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire dans le sens des considérants.

**b)** La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les porter à la charge de la partie intimée, vu l'issue du litige.

**c)** La partie recourante obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 2'500 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]) et de la mettre à la charge de la partie intimée.

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
p r o n o n c e :**

**I.** Le recours est admis.

**II.** La décision rendue le 14 août 2023 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire dans le sens des considérants.

**III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

**IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à S.\_\_\_\_\_ une indemnité de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Didier Elsig, pour S.\_\_\_\_\_
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- Office fédéral des assurances sociales

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :